

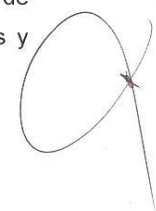
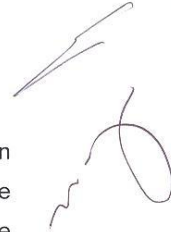
CONVENIO DE COOPERACIÓN ACADEMICA Y CIENTÍFICA PARA LA REALIZACIÓN DE **LA ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA** EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS, EN LO SUCESIVO **“EL CEO”**, DEPENDIENTE DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO. QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO, REPRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO PRÓSPERO EDUARDO CHÁVEZ ENRÍQUEZ EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL, ASISTIDO POR EL MÉDICO CIRUJANO **VÍCTOR MANUEL GUTIÉRREZ GÓMEZ**, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN, ACOMPAÑADO DE LA CIRUJANO DENTISTA **MARGARITA CARBALLIDO BARBA**, EN SU CARÁCTER DE DIRECTORA DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS Y POR LA OTRA, EL CONSEJO MEXICANO DE ORTOPEDIA MAXILAR, A.C. REPRESENTADO POR EL ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA MAXILAR EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR GENERAL AL CIRUJANO DENTISTA **HÉCTOR JESÚS SARABIA DE LA CERDA**, A QUIENES EN LO SUCESIVO SE LES DENOMINARÁ EL **“EL IMIEM”** Y EL **“COMOM.AC.”**, RESPECTIVAMENTE, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES:



#### DECLARACIONES

##### I.- DECLARA “EL IMIEM”

I.1.- Que es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que tiene atribuciones para administrar los recursos humanos, materiales y financieros que conforman su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 2.14 y 2.15 y demás relativos y aplicables del Código Administrativo del Estado de México.



I.2.- Que dentro de sus objetivos se encuentran los de prestar servicios de atención médica de alta especialidad, celebrar convenios de coordinación, intercambio y cooperación con instituciones afines, así como formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y afines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje, de conformidad con lo establecido en el artículo 2.13 fracciones IV, V y VI, y demás relativos y aplicables del Código Administrativo del Estado de México.

I.3.- Que el M.C. Próspero Eduardo Chávez Enríquez, es su Director General y cuenta con personalidad jurídica suficiente para signar el presente convenio de colaboración, en virtud del nombramiento expedido a su favor el día siete de octubre del año dos mil trece, por el Dr. Eruviel Ávila Villegas, Gobernador Constitucional del Estado de México y conforme a lo dispuesto por el artículo 297 fracción I del Reglamento de Salud del Estado de México.

I.4.- Que el M.C. Víctor Manuel Gutiérrez Gómez, es Director de Enseñanza e Investigación, en virtud del nombramiento expedido a su favor por el por el Director General de "EL IMIEM", M.C. Próspero Eduardo Chávez Enríquez de fecha 16 de mayo de 2014.

I.5.- Que la Cirujano Dentista Margarita Carballido Barba es Directora del Centro de Especialidades Odontológicas, como lo acredita con el nombramiento de fecha primero de noviembre de dos mil cinco, otorgado a su favor por el M. C. Ricardo Mondragón Ballesteros, razón por la cual cuenta con facultades para celebrar el presente convenio.



I.6.- Que señala como domicilio para efectos del presente convenio, el ubicado en Paseo Colón, sin número, esquina General Felipe Ángeles, Colonia Villa Hogar, Toluca de Lerdo, Estado de México.

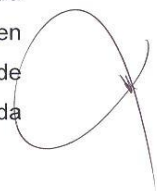
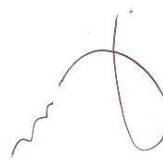
## II.- DECLARA EL "CoMOM.AC"

II.1.- Que es una Asociación Civil registrada y formada ante la Notaria No.157 con escritura publica registrada en la Secretaria de Hacienda y sello digital ante el SAT con personalidad jurídica y patrimonio propios, cuyo objeto principal es la de fomentar, avalar, difundir, contribuir y alentar el conocimiento de la Ortopedia Maxilar en la Republica Mexicana con la impartición de Cursos o avalando otros al Otorgar la Certificación o Recertificando a todo Cirujano Dentista que tenga la Especialidad en Ortopedia Maxilar en términos de los artículo 5 inciso b) de los Objetivos del Consejo.

II.2.- Que puede celebrar toda clase de contratos, convenios y actos jurídicos que sean necesarios o convenientes para la realización de sus fines sociales académicos y científicos según consta en el artículo i) del artículo 5 de sobre los objetivos en los estatutos del Consejo.

II.3.- Que el representante legal del Consejo Mexicano de Ortopedia Maxilar cuenta con las facultades y obligaciones otorgadas en la fundación del Consejo para otorgar actos de dominio. Documentos que se anexan al presente convenio.

II.4.- Que se llama **Héctor Jesús Sarabia de la Cerda** como lo demuestra mediante copia de la credencial de elector número **0414107428122** nacido en **Mazatlán, Sinaloa el 13 de Junio de 1947** como lo demuestra el Acta de Nacimiento número de folio **33717459** de fecha **08 de Octubre de 1947** celebrada



ante **Eduardo Alonso Garrido Achoy** juez del Registro Civil en Mazatlan Sinaloa, México, ambos documentos en copia simple se anexan al presente convenio.

II.5.- Que es Cirujano Dentista como lo demuestra mediante Cédula Profesional número **190448** expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, y tener Especialidad en **Ortopedia Maxilar** como lo demuestra mediante el **Gesundheitsbehörde, Zeugnes y Universtät Hamburg Matrikel 315155** de Especialidad de acuerdo a las leyes Alemanas expedida **Univerität Hamburg** mismos documentos que se anexan en copia simple al presente convenio.

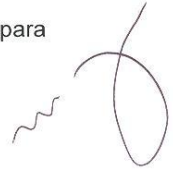
II.6.- Que esta calificado y Certificado por el Consejo Mexicano de Ortopedia Maxilar, A.C. con el No. 2, para impartir la Especialidad en Ortopedia Maxilar que incluye la terapia fija, como lo demuestra mediante las copias que se anexan. Mismos que se anexan en copia simple al presente convenio.

II.7.- Que tiene su domicilio en **INSURGENTES SUR 1824-401, Colonia Florida, Delegación Álvaro Obregón, Distrito Federal** como lo demuestra mediante EL COMPROBANTE DE DOMICILIO mismo que se anexa en copia simple al presente convenio.

II.8.- Que tiene la capacidad, tiempo y conocimientos necesarios para impartir la Especialidad de Ortopedia Maxilar y terapia fija

### III.- DECLARAN LAS PARTES

1.- Que ambas partes están de acuerdo en la celebración del presente convenio y con lo establecido en las siguientes:



## CLAUSULAS

**PRIMERA. OBJETO.-** El presente convenio tiene como objeto establecer las bases sobre las cuales el "CoMOM.AC" y "EL CEO" se coordinarán y colaborarán para la impartición de la "ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA" a los Cirujanos Dentistas que laboran en "EL IMIEM", así como todos los interesados externos inscritos al curso de Especialización siendo miembros por la Asociación Mexicana de Ortopedia Maxilar, A.C.; así como el uso de espacios físicos y equipos de "EL CEO", mismos que se relaciona como ANEXO 1 y que es parte integrante del presente convenio.

**SEGUNDA. CALENDARIO Y HORARIO.-** "EL CEO" se compromete a permitir y dar facilidades para el uso sus Instalaciones y equipos, los días martes de la segunda semana de cada mes, en un horario de dieciséis a diecinueve horas al personal de "CoMOM.AC" personal que tome la "ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA" y los pacientes que sean atendidos con fines de aplicación práctica del mismo.

**TERCERA. LIMPIEZA.-** El "CoMOM.AC" por medio de su representante Prof. Dr. Héctor Jesús Sarabia de la Cerda, será el responsable de realizar y verificar la limpieza de los espacios físicos y equipos que utilice para la impartición y práctica de la Especialidad.

**CUARTA. RESPONSABILIDAD ESPACIO Y EQUIPOS.-** El "CoMOM.AC" y los Cirujanos Dentistas que tomen la Especialidad serán responsables frente a "EL IMIEM" del manejo, uso adecuado y cuidado de los espacios físicos, instrumental y equipos que utilicen para la práctica en el Centro de Especialidades

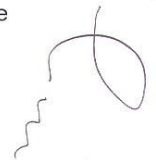
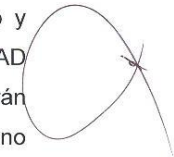
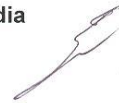
Odontológicas. Para lo cual cada participante firmará una Carta por la que se hacen responsables de los mismos.

**QUINTA. El equipo descrito** en la cláusula inmediata anterior no deberá destinarse, moverse, trasladarse y/o utilizarse, en su totalidad o en partes, en lugar distinto a aquel para el que sea destinado durante la práctica de la “ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA” por el Centro de Especialidades Odontológicas de “**EL IMIEM**”

**SEXTA. PACIENTES.-** Los pacientes atendidos en el horario establecido en la Cláusula II con fines de aplicación práctica, no estarán, bajo ningún concepto, reconocidos ni serán pacientes de “**EL CEO**”, por lo que los únicos responsables del manejo, tratamiento y seguimiento serán el “**CoMOM.AC**” y los participantes en la Especialidad, mismos que no serán tomados como Servidores Públicos que laboran en “**EL IMIEM**” frente a estos pacientes.

**SÉPTIMA. Avala** EL Consejo Mexicano de Ortopedia Maxilar, A.C. que la “ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA” se encuentra reconocida e impartida por la **Asociación Mexicana de Ortopedia Maxilar, A.C.**

**OCTAVA. MATERIAL.-** Para el tratamiento de los pacientes atendido y manejados dentro del horario establecido para la práctica de la “ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA”, no podrán utilizarse insumos, aparatos y consumibles de “**EL CEO**”, por lo cual cada alumno deberá utilizar sus propios aparatos e insumos necesarios para la realización de cada práctica.



**NOVENA.** En caso de cualquier negligencia, mala práctica, iatrogenia, omisión o cualquier hecho que desencadene algún daño o perjuicio, el "CoMOM.AC" y los participantes en la "ESPECIALIDAD EN ORTOPEdia MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA" serán los únicos responsables por su práctica y manejo frente a sus pacientes y de ninguna manera pueden ser o asimilarse a pacientes que se atienden en "EL CEO". Cada paciente atendido durante la "ESPECIALIDAD EN ORTOPEdia MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA" deberá signar un Consentimiento Informado.

**DECIMA.** El "CoMOM.AC" le donará a "EL CEO" diversos insumos (pantalla para proyección, cañones...) de buena calidad y en perfecto estado de funcionamiento para uso y disfrute de éste, durante el préstamo del Espacio Físico, Instrumental y Equipos para llevar a cabo la "ESPECIALIDAD EN ORTOPEdia MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA"

**DECIMA PRIMERA. COSTO.-** Por la impartición de la "ESPECIALIDAD EN ORTOPEdia MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA" el "CoMOM,AC", cobrará a los pacientes la consulta para su atención en \$ 300.00 (treientos pesos 00/100 MN), de lo cual sólo el "CoMOM,AC" será responsable.

**DÉCIMA SEGUNDA.- VIGENCIA.** El presente convenio entrará en vigor en la fecha de su firma y tendrá una vigencia de 2 años, atendiendo a que la "ESPECIALIDAD EN ORTOPEdia MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA" tiene una duración de 2 años. Fundamentada de la siguiente manera, a).- al finalizar los 24 meses el alumno habrá presentado 2 exámenes parciales, haber cumplido con todos sus trabajos y asistencias que le darán derecho, b).- a recibir su acta de examen, la cual le dará derecho, c).- a poder Certificarse ante el CoMOM,AC, examen de tres fases incluyendo replica oral para que le sea

otorgado su d).- diploma de CERTIFICADO como ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA MAXILAR con número único de Registro, e).- Para que el Consejo Mexicano de Ortopedia Maxilar, A.C. inicie los trámites y pueda en un futuro otorgársele su Cédula como Ortopedista Maxilar.

Lo no previsto en el presente Convenio se resolverá de común acuerdo por las partes y en su caso por las autoridades competentes del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

LEÍDO QUE FUE POR LAS PARTES QUE EN EL INTERVIENEN Y ENTERADAS DE SU CONTENIDO Y ALCANCE LEGAL FIRMAN DE CONFORMIDAD Y PARA SU DEBIDA CONSTANCIA EL PRESENTE CONVENIO POR DUPLICADO, SIGNANDO AL MARGEN DE CADA UNA DE SUS HOJAS A EXCEPCIÓN DE LA ÚLTIMA QUE SE FIRMA AL CALCE, EN LA CIUDAD DE TOLUCA DE LERDO, CAPITAL DEL ESTADO DE MÉXICO, EL DÍA 3 DE JULIO DEL AÑO DOS MIL QUINCE.


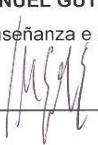
Por el "CoCOM,AC"

Por "EL IMIEM"

**C.D. HECTOR JESUS SARABIA DE LA CERDA**  
Director General del Consejo Mexicano de  
Ortopedia Maxilar, A.C.

**M.C. PRÓSPERO EDUARDO CHÁVEZ ENRÍQUEZ**  
Director General



**M.C. VÍCTOR MANUEL GUTIÉRREZ GÓMEZ**  
Director de Enseñanza e Investigación



**C. D. MARGARITA CARBALLIDO BARBA**

Directora del Centro de Especialidades

Odontológicas

  
\_\_\_\_\_





**CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTES DE LA ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA IMPARTIDOS POR EL CIRUJANO DENTISTA HÉCTOR SARABIA DE LA CERDA EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO**

Toluca de Lerdo, Estado de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201\_.

Yo \_\_\_\_\_, identificándome con \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, en completa libertad y sin mediar coacción o presión de ningún tipo, autorizo el tratamiento de ortopedia para \_\_\_\_\_, mismo que será realizado por el C.D. \_\_\_\_\_, para lo cual se me explicaron, dieron a conocer y acepto los riesgos y las complicaciones del tratamiento \_\_\_\_\_. Que el médico me ha explicado de manera clara, que he podido entender, y me ha aclarado todas mis dudas, por lo que valorando el riesgo que representa el \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, que presenta mi hijo, acepto el tratamiento comprometiéndome también a seguir todas las medidas y cuidados para la recuperación del mismo.

Asimismo se me ha informado que dicho tratamiento no será proporcionado por el Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México, ni por sus médicos o personal alguno que cumpla funciones para ese Instituto, sino que el tratamiento será proporcionado por Cirujanos Dentistas que se encuentran cursando La especialidad de Ortopedia. Por lo anterior estoy de acuerdo y en total conocimiento que los insumos y materiales del tratamiento los deberé proporcionar yo, que mis consultas y atenciones las cuales serán pagadas directamente al médico que me otorgue la atención y tendrán un costo de \$300.00, en ningún momento serán programadas ni se podrán establecer bajo ningún motivo en el horario del Centro de Especialidades Odontológicas, solamente en los días y horas en que se imparte La Especialidad en Ortopedia Maxilar que son los segundos martes de cada mes, con un horario de 4:00 a 8:00 horas exclusivamente, estando de acuerdo en dichos horarios y aceptando no ser paciente del Centro de Especialidades Odontológicas, para lo cual libero de cualquier responsabilidad, daño, iatrogenia, perjuicio y a su personal de cualquier consecuencia del tratamiento, en el entendido de que este es otorgado por CD \_\_\_\_\_, como práctica la Especialidad en Ortopedia, siendo estas actividades totalmente independientes a las proporcionadas por el Centro de Especialidades Odontológicas.

Autorizo: \_\_\_\_\_, Parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Testigo: \_\_\_\_\_, identificación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Nombre del Paciente \_\_\_\_\_, Expediente Independiente \_\_\_\_\_.

**CARTA DE RESPONSABILIDAD Y ACEPTACION DE OBLIGACIONES DE LOS PARTICIPANTES DE LA ESPECIALIDAD EN ORTOPEDIA MAXILAR QUE INCLUYE LA TERAPIA FIJA IMPARTIDOS POR EL CIRUJANO DENTISTA HÉCTOR SARABIA DE LA CERDA EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DEL CONSEJO MEXICANO DE ORTOPEDIA MAXILAR A.C. EN LAS INSTALACIONES DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL DEL ESTADO DE MÉXICO**

Toluca de Lerdo, Estado de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 201\_.

Yo \_\_\_\_\_, identificándome con \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades, en completa libertad y sin mediar coacción o presión de ningún tipo, por medio del presente documento me obligo frente al Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México a cuidar y poner el mayor esmero en el uso de equipos, instalaciones y espacios físicos propiedad de este que proporciona exclusivamente para la práctica la Especialidad en Ortopedia Maxilar que incluye la Terapia Fija impartido por el C.D. Héctor Sarabia de la Cerda, para lo cual soy el único responsable de esta limpieza, cuidado y correcto uso de los mismos, para lo cual me obligo a dejar en el mismo estado de limpieza y funcionamiento estos equipos, mobiliario y espacios físicos al terminar mis prácticas y cursos en la Citada Especialidad.

Atendiendo a que la Especialidad en Ortopedia maxilar que incluye la terapia Fija es totalmente independiente de las actividades y atenciones que proporciona el Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México, y los pacientes también los son, libero de cualquier responsabilidad a este Organismo que nos presta sus instalaciones, de cualquier iatrogenia consecuencia del tratamiento que se presente como parte de mis prácticas del diplomado de ortopedia dentofacial multidisciplinaria, por lo que ni siquiera podría existir la responsabilidad subsidiaria establecida en el artículo 7.172 del Código Civil del Estado de México, por mis actividades derivadas de este curso. Toda vez que la atención a los pacientes derivada de la práctica La especialidad en Ortopedia es independiente de las atenciones del Centro de Especialidades Odontológicas del Instituto Materno Infantil del Estado de México, ningún paciente que se atiende en este curso deberá ser atendido en el horario, con insumos, medicamentos, instrumental o aparatos de este Organismo, ya que son pacientes externos e independientes del mismo.

**SE COMPROMETE**

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TESTIGO



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL  
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE  
SARABIA  
DE LA CERDA  
HECTOR JESUS  
DOMICILIO  
C ALBA 50 5  
COL INSURGENTES CUICUILCO 4530  
COYOACAN D.F.  
FOLIO 0609232111876 AÑO DE REGISTRO 2006 00  
CLAVE DE ELECTOR SRRHC47061325H900  
ESTADO 09 DISTRITO  
MUNICIPIO 003 LOCALIDAD 0001 SECCION 0414

EDAD 59  
SEXO H



8

OTRATA

ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE.  
NO ES VÁLIDO SI PRESENTA TACHAS,  
DURAZO O EMENDADURAS.  
EL TITULAR ESTÁ OBLIGADO A NOTIFICAR  
EL CAMBIO DE DOMICILIO EN  
LOS 30 DÍAS SIGUIENTES A ODE ESTE  
OCURRA.

MARCELO LÓPEZ REYRAL  
SECRETARIO EJECUTIVO DEL  
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

0414107428122

ELECCIONES FEDERALES	LOCALES	EXTRAORDINARIAS
12 15 06 09	09 10 11 12 13 04 05 06 07 08	





ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
REGISTRO CIVIL

10



LIBRE Y SOBERANO DEL ESTADO DE SINALOA Y COMO DIRECTOR DEL REGISTRO CIVIL, CERTIFICO Y HAGO CONSTAR QUE EN LA ACTA DE NACIMIENTO EN LA CUAL SE CONTIENEN ENTRE OTROS, LOS SIGUIENTES DATOS:

ACTA DE NACIMIENTO

OFICIALIA 009	LIBRO 02	ACTA 01056	LOCALIDAD MAZATLAN	FECHA DE REGISTRO 08 / OCTUBRE / 1947
MUNICIPIO MAZATLAN			ENTIDAD SINALOA	

DATOS DEL REGISTRADO

CRIP: ..... CURP: .....

NOMBRE: HECTOR JESUS SARABIA DE LA CERDA  
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO: 13 DE JUNIO DE 1947 SEXO: MASCULINO

LUGAR DE NACIMIENTO: MAZATLAN MAZATLAN  
LOCALIDAD MUNICIPIO  
SINALOA MEXICO  
ENTIDAD PAIS

REGISTRADO: VIVO COMPARECIO: PADRE

DATOS DE LOS PADRES

PADRE: JESUS ALEJANDRO SARABIA .....  
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: 25 AÑOS

MADRE: ESTHELA DE LA CERDA DE SARABIA  
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NACIONALIDAD: MEXICANA EDAD: 28 AÑOS

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: ..... PARENTESCO: .....

NACIONALIDAD: ..... EDAD: ... AÑOS

SE EXPIDE LA PRESENTE CERTIFICACION, EN Estricto CUMPLIMIENTO AL ARTICULO 47 y 48 DEL CODIGO CIVIL VIGENTE EN EL ESTADO, EN CULIACAN, SINALOA A LOS 29 DIAS DEL MES DE JUNIO DE 2009. DOY FE.

DIRECCION DEL REGISTRO CIVIL DEL  
ESTADO DE SINALOA

PROFR. EDUARDO ALFONSO GARRIDO ACHOY  
NOMBRE Y FIRMA



3371749

Folio Digital: '0310-2618-11903'

Referencia: '14-0039-0934051008-3371749'



9

CEDULA NUM. 190-118

REGISTRO DEL TITULO NUM. 1 del libro I de Cirujanos Dentistas



FIRMA DEL INTERESADO

T. G. N. - 3835-68

**SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA**

DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES

EN VIRTUD DE QUE el señor

**HECTOR JESUS SARABIA Y DE LA CEDA**

CUMPLIO CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA LEY REGLAMENTARIA DE LOS ARTICULOS 4º Y 5º CONSTITUCIONALES EN MATERIA DE PROFESIONES, Y SU REGLAMENTO, SE LE EXPIDE LA PRESENTE

**CEDULA**

CON EFECTOS DE PATENTE PARA EJERCER SU PROFESION DE

**CIRUJANO DENTISTA**

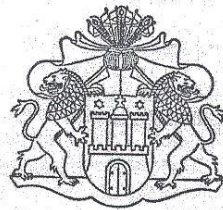
MEXICO, D. F., a 11 de Mayo de 1971

EL DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES,

*F. Suarez Aguirre*  
LIC. FELIPE SUAREZ AGUIRRE



6  
A



# FREIE UND HANSESTADT HAMBURG GESUNDHEITSBEHÖRDE

Hiermit wird

Herrn Hector Jesús Sarabia y de la Cerda,  
geb. am 13. Juni 1947 Mazatlan Sinaloa/Mexico,

die widerrufliche Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des  
zahnärztlichen Berufs gemäß § 13 des Gesetzes über die Aus-  
übung des Zahnheilkunde vom 31.3.1952 (Bundesgesetzblatt I  
S. 221) erteilt.

Diese Erlaubnis ist befristet bis zum 31. Oktober 1973 und  
berechtigt zur vorübergehenden Ausübung zahnärztlicher  
Tätigkeit als Gastzahnarzt an der Universitätsklinik für  
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Hamburg.

Die Erlaubnis erlischt vorher, wenn der Inhaber ihren  
Geltungsbereich nicht nur vorübergehend verläßt.

Hamburg, den 12. Mai 1972

Akte: 8888

Gebühr: 25.- DM

Preis und Gebühr	Hansestadt	Preis und Gebühr	Hansestadt
	Hamburg		Hamburg
DM 10,00		DM 5,00	

( Dr. Glöcke )  
Leitender Medizinaldirektor

71



71P1A00A 479

DECLARACIÓN DEL EJERCICIO PERSONAS MORALES NO CONTRIBUYENTES

CNO 980529 439 REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES 13 ALR

ANTES DE INICIAR EL LLENADO, LEA LAS INSTRUCCIONES (cantidades sin centavos, alineadas a la derecha, sin caracteres distintos a los números).

PERIODO			
MES	AÑO	MES	AÑO
01	2001	12	2001

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL CONSEJO MEXICANO DE ORTOPEDIA MAXILAR A.C

ANOTE LA LETRA CORRESPONDIENTE: N=NORMAL C=COMPLEMENTARIA D=COMPLEMENTARIA POR DICTAMEN

TIPO DE PERSONA MORAL

MARQUE CON 'X' EL TIPO DE PERSONA MORAL DE QUE SE TRATE, DE ACUERDO CON LA FRACCIÓN DEL ARTICULO 70 DE LA LEY DEL I.S.R.,																		INDIQUE SI SE TRATA DE:	
I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	XVII	XVIII	SOCIEDAD DE INVERSIÓN (1)	PERSONA MORAL DEL ART. 73 LISR
									X									205327	205328

MARQUE CON 'X' SI ES DONATARIA AUTORIZADA 205329 FECHA DE PUBLICACIÓN EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 205330 DÍA MES AÑO

CONCEPTOS ASIMILABLES A REMANENTE DISTRIBUIBLE

a. OMISIONES DE INGRESOS	115138		PRÉSTAMOS A SOCIOS O d. INTEGRANTES ( Incluyendo sus familiares ) ( 2 )	115141	
b. COMPRAS NO REALIZADAS E INDEBIDAMENTE REGISTRADAS	115139		e. SUMA DE CONCEPTOS ASIMILABLES A REMANENTE DISTRIBUIBLE	115142	
c. EROGACIONES NO DEDUCIBLES	115140		f. IMPUESTO A CARGO	115143	

RENTACIONES

CONCEPTO	IMPORTE PAGADO	ISR RETENIDO	IVA RETENIDO
SUELDOS Y SALARIOS	117001	112201	
PAGOS ASIMILABLES A SALARIOS	117002	112202	
HONORARIOS A PERSONAS FISICAS	117003	112301	132301
ARRENDAMIENTO A PERSONAS FISICAS	117004	112401	132401
ADQUISICIÓN DE DESPERDICIOS INDUSTRIALES	117005		132501
PAGOS AL EXTRANJERO	117006	112884	132819
OTROS PAGOS OBJETO DE RETENCIÓN	117007	112885	132820

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SACHY70613 258

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN SACH470613HSLRRC08

APELLIDO PATERNO SARABIA

APELLIDO MATERNO DE LA CERDA

NOMBRE (S) HECTOR JESUS

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTA DECLARACIÓN SON CIERTOS

*[Firma]*

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

(\*) VER LISTA DE ALR EN LA PÁGINA 4  
 (1) MARQUE CON 'X' SI SE TRATA DE SOCIEDADES DE INVERSIÓN ESPECIALIZADAS DE FONDOS PARA EL RETIRO, ASÍ COMO DE SOCIEDADES DE INVERSIÓN COMUNES Y DE RENTA FIJA (EN INSTRUMENTOS DE DEUDA).  
 (2) EXCEPTO AQUELLOS QUE REUNEN LOS REQUISITOS DE LA FRACCIÓN IV DEL ARTICULO 120 DE LA LISR.

SE PRESENTA POR DUPLICADO



4



Servicio de Administración Tributaria



ADMINISTRACION LOCAL SUR DEL D.F. A 24 DE JULIO DE 2012

COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN PARA LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA

NÚMERO DE OPERACIÓN: 120700191532

EL SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA CERTIFICA QUE EL CONTRIBUYENTE:
CONSEJO MEXICANO DE ORTOPEDIA MAXILAR AC
CON RFC: CMO9805294J9, ENTREGÓ UN ARCHIVO DE REQUERIMIENTO QUE CONTIENE LA
SOLICITUD PARA LA GENERACIÓN DE SU CERTIFICADO DE FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA.

LLEVÓ A CABO SU ACREDITACIÓN DE IDENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS PÁRRAFOS 6, 8 Y
ÚLTIMO DEL ARTICULO 17-D DEL CÓDIGO FISCAL DE LA FEDERACIÓN, PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN
EL DÍA 5 DE ENERO 2004.

ASIMISMO, QUE COMO RESULTADO DEL PROCESO SE LE HACE ENTREGA DE UN ARCHIVO QUE CONTIENE SU
SU CERTIFICADO DIGITAL CON NÚMERO DE SERIE: 00001000000201620404 Y LLAVE PÚBLICA:

MIGJAoGBAMW1igLeEEdsPf9tazHThkPzpRYBU/uJeFS89j6pwof4nK+4vWpfnCOuTvL7gTFwuga7ni5pIoycp
LPEybheLrBzhd6/AFcYTaJnsv4Q/iCsOz7mmnXJthFLe01Pw/y9gmwla6+wo8tM8EH33Jt1S+KQ5P4EMyfJbB
nF7UZ3Zoj9AgMBAAE=

Stamp area containing: ADMINISTRACIÓN LOCAL DE SERVICIOS AL CONTRIBUYENTE DEL SUR DEL D.F., 24 JUL. 2012, and RECEIBIDO. Includes a signature and the name of the official: HECTOR JESUS SARABIA DE LA CRUZ.

ADMINISTRACION LOCAL SUR DEL D.F.

NOTA: PARA DESCARGAR POSTERIORMENTE SU CERTIFICADO DIGITAL, SI ASI LO REQUIERE, DEBERÁ ACCEDER A LA PÁGINA DE INTERNET DEL SAT (www.sat.gob.mx), EN LA SECCIÓN e-SAT, APARTADO "FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (TU FIRM@)".
EL RESGUARDO DE LOS ARCHIVOS DE LA CLAVE PRIVADA Y DEL CERTIFICADO DIGITAL GENERADO, ASÍ COMO, LA SELECCIÓN DEL MEDIO DE ALMACENAMIENTO DE LOS MISMOS, ES RESPONSABILIDAD DE LA PERSONA TITULAR DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA.

5

FORMULARIO DE REGISTRO

SELLO DEL RELOJ FRANQUEADOR

R1P1961

124

R-1

ANTES DE INICIAR EL LLENADO, LEA LAS INSTRUCCIONES DEL REVERSO.

ADMINISTRACION LOCAL DE RECAUDACION

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

508219

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

13 JUL 13 10:20

INDICAR CON "X" PERSONA FISICA PERSONA MORAL SI EL TRAMITE ES: NORMAL COMPLEMENTARIO

DATOS GENERALES DEL CONTRIBUYENTE

3 APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) O DENOMINACION O RAZON SOCIAL

CONSEJO MEXICANO DE ORTOPE

4 DOMICILIO FISCAL O DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO: DIA MAXILAR AC CALLE No. Y/O LETRA EXTERIOR No. Y/O LETRA INTERIOR

SATURNINO HERRAN 84 TELEFONO 1

REFERENCIA SAN JOSE INSURGENTES ENTRE LAS CALLES DE Y DE

MUNICIPIO O DELEGACION EN EL D.F. MATEO HERRERA Y DIEGO BECERRA CODIGO POSTAL

LOCALIDAD BENITO JUAREZ ENTIDAD FEDERATIVA MEXICO DF 03900

5 SOLICITUD DE INSCRIPCION

FECHA DE NACIMIENTO O FECHA DE FIRMA DE LA ESCRITURA O DOCUMENTO CONSTITUTIVO AÑO MES DIA FECHA DE INICIO DE OPERACIONES AÑO MES DIA

98 05 29 98 06 01

ACTIVIDAD PREPONDERANTE (DESCRIBA) PROMOCION Y CERTIFICACION DE CONDOMINIOS DENTALES.

6 EN CASO DE ESTAR OBLIGADO EN EL REGIMEN SIMPLIFICADO A PRESENTAR RELACION DE BIENES Y DEUDAS, INDIQUE MONTO DE: OBLIGACIONES FISCALES (CLAVE) 106

7 CAMBIO DE SITUACION FISCAL OBLIGACIONES FISCALES (CLAVE)

MARQUE CON UNA "X" EL TIPO DE MOVIMIENTO	AÑO	MES	DIA	AUMENTO	DEMINUCION
1 AUMENTO Y/O DIMINUCION DE OBLIGACIONES FISCALES					DEMINUCION
2 ASALARIADOS QUE AUMENTAN OBLIGACIONES POR OTRAS ACTIVIDADES				AUMENTO	
3 CAMBIO DE DOMICILIO FISCAL					CANCELACION EN EL REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES
4 APERTURA DE ESTABLECIMIENTOS O LOCALES			11		LIQUIDACION TOTAL DEL ACTIVO
5 CIERRE DE ESTABLECIMIENTOS O LOCALES			12		LIQUIDACION DE LA SUCESION
6 SUSPENSION DE ACTIVIDADES			13		DEFUNCION
7 CAMBIO DE DENOMINACION O RAZON SOCIAL			14		FUSION DE SOCIEDADES
8 REANUDACION DE ACTIVIDADES			15		ESCISION TOTAL DE SOCIEDADES
9 INICIO DE LIQUIDACION			16		PERSONAS MORALES NO CONTRIBUYENTES (QUE NO ENTRAN EN LIQUIDACION)
10 APERTURA DE SUCESION					FECHA DE CANCELACION AÑO MES DIA

SERVICIOS

1 X ETIQUETAS CON CODIGO DE BARRAS 2 X CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL (EXPEDICION) 3 CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL (REEXPEDICION) 4 CONSTANCIA DE INSCRIPCION (E.T.C.) 5 SOLICITUD DE COPIAS DE DECLARACIONES

9 DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O LIQUIDADOR APELLIDOS PATERNO SARABIA DE LA CERDA NOMBRE(S) HECTOR JESUS REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES SAC4470613258 FIRMA DEL CONTRIBUYENTE, REPRESENTANTE LEGAL O LIQUIDADOR

SE PRESENTA POR DUPLICADO

(4)

# UNIVERSITÄT HAMBURG

Kontrollausdruck Ihrer Daten:  
Sollte der Kontrollausdruck Fehler enthalten, so senden Sie bitte den korrigierten Ausdruck an das Studentensekretariat der Universität Hamburg

Γ Universität Hamburg, 2000 Hamburg 13, Edmund-Siemers-Allee 1

SARABIA DE LA CERDA HECTOR JESUS  
2000 HAMBURG 80

DONANI WEG 38  
C/O FRAU VOGIER

L

Tel. 7382938

AUSSTEHENDE LEISTUNGEN  
DEUTSCHPRUEF. F. AUSLAENDER INNERHALB 4 SEM

J

Matrikel-Nr. 315155  
Paginier-Nr. 24 1942  
Datum der letzten Änderung 28.04.72

Staatseingetragene MEXIKO  
Geburtsort 13.06.47  
Geburtsdatum 13.06.47  
Geburtsort MAZATLAN  
Geschlecht MAENNLICH  
Familienstand LEDIG

Fachbereich Wellkemmz. MEDIZ O 185 ZAHNMEDIZIN  
Studienfach HF/JNF HF

**Bescheld** Über den für die Studentenschaft einzuziehenden Semesterbeitrag (§ 60 Universitätsgesetz) für das SS 1972 an die „Universitätskasse Hamburg“ zu überweisen.  
Es wird gebeten, den fälligen Beitrag sofort unter Angabe der Nummer 28/315155

Postcheckkonto Hamburg 59500 Hamburger Sparkasse von 1827, Kto.-Nr. 1280/55555 Hamburgische Landesbank, Kto.-Nr. 104422  
Rechtsmittelsbelehrung: Gegen diesen Bescheid können Sie innerhalb eines Monats nach seiner Bekanntgabe schriftlich oder mündlich zur Niederschrift bei der Universitätsverwaltung Hamburg 13, Edmund-Siemers-Allee 1, Widerspruch erheben.  
München Regierungsoberinspektor

Betrag DM 135.00

Anlage zum Antrag für Schüler-Monats- und Wochenkarten

Herr/Frau/Fräulein

SARABIA DE LA CERDA HECTOR JESUS  
geboren am 13.06.47 in MAZATLAN

ist im SS 1972 als ordentlicher Studierender an der Universität Hamburg immatrikuliert  
Gültig von 01.04.72 bis 30.11.72

DB

Anlage zum Antrag für Schülerfahrkarten

Herr/Frau/Fräulein

SARABIA DE LA CERDA HECTOR JESUS  
geboren am 13.06.47 in MAZATLAN

ist im SS 1972 als ordentlicher Studierender an der Universität Hamburg immatrikuliert  
Gültig von 01.04.72 bis 30.11.72